

ご氏名 \_\_\_\_\_

Q1 気になる症状について、あてはまるものをすべて選んでください。

- 赤み     ぶつぶつ     ほてり感     ひりひり感     血管が透けて見える（毛細血管拡張）  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

Q2 どのようなときに症状が悪くなりますか？ あてはまるものをすべて選んでください。

- 温度変化                       高気温の気候                       低気温の気候                       紫外線  
 季節の変化                       花粉                                       激しい運動                       心理的ストレス  
 熱い食べ物                       香辛料                                   コーヒー                               アルコール  
 月経周期                           化粧品の使用                       その他（ \_\_\_\_\_ ）

Q3 アレルギーはありますか？あてはまるものをすべて選んでください。

- 花粉症（症状がある時期は \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ ）  
 アトピー性皮膚炎     アレルギー性鼻炎     喘息     その他（ \_\_\_\_\_ ）

Q4 詳しいアレルギー検査（採血）を希望されますか？（3割負担 約5,000円）      はい ・ いいえ

Q5 今までに、お薬で悪化したことがありますか？      はい（使用期間 \_\_\_\_\_ ） ・ いいえ

- ステロイド外用薬（製品名 \_\_\_\_\_ ）  
 プロトピック®（タクロリムス）       コレクチム                       モイゼルト  
 ニキビ治療薬      \_\_\_\_\_  
 その他市販薬など（ \_\_\_\_\_ ）

Q6 スキンケアについて、当てはまるものに○をつけてください。

- 朝 → 洗顔                              あり（水のみ ・ 洗顔料使用） ・ なし  
       保湿剤使用                          あり（化粧水 ・ 乳液 ・ その他 \_\_\_\_\_ ） ・ なし  
       日焼け止め                          あり（SPF \_\_\_\_\_ ） ・ なし  
       ファンデーション                  あり（リキッド ・ パウダー ・ その他 \_\_\_\_\_ ） ・ なし  
 夜 → クレンジング                      あり（オイル ・ ジェル ・ クリーム ・ その他 \_\_\_\_\_ ） ・ なし  
       洗顔                                  あり（水のみ ・ 洗顔料使用） ・ なし  
       保湿剤使用                          あり（化粧水 ・ 乳液 ・ その他 \_\_\_\_\_ ） ・ なし  
       その他パックなど（ \_\_\_\_\_ ）

Q7 女性の方へ 月経（生理）について、当てはまるものに○をつけてください。

月経前の皮疹の増悪 ・ 生理不順 ・ 生理痛（ひどい ・ かるい） ・ 肩こり ・ 月経前のいらいら

Q8 本日の診療で希望されることがあればご記入ください。

（ \_\_\_\_\_ ）

ご記入ありがとうございました。初診時間診票と一緒に受付にご提出ください。